

рованной конечности. Это восстановление, как свидетельствует график аппроксимирующей функции, происходит нелинейно, и скорость его наиболее высока в первые декады лечения травмы.

Таким образом, показатель распределения нагрузки по стопе при ходьбе достоверно характеризует степень восстановления опорно-динамической функции травмированной конечности. Наибольшую информативность данный показатель имеет в начальном периоде лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кудрин Б. И., Голиков В. Д. Ортопед, травматол., 1977, 1. — 2. Лакин Г. Ф. Биометрия. М., 1973. — 3. Руц Ф. Я., Кудрин Б. И., Шевченко Г. И., Тарушкин О. В. В сб.: Теоретические и практические аспекты чрезкостного компрессионного и дистракционного остеосинтеза. Курган, 1976.

Поступила 1 апреля 1978 г.

УДК 617.582—002.4+616.833.24]—079.4

ИДИОПАТИЧЕСКИЙ ОСТЕОНЕКРОЗ ГОЛОВКИ БЕДРА И «РАДИКУЛИТ»

В. П. Прохоров

Казанский НИИ травматологии и ортопедии (директор — заслуж. деят. науки ТАССР проф. У. Я. Богданович)

Реферат. Идиопатический остеонекроз головки бедра у взрослых — трудно распознаваемая на ранних стадиях патология. У 50% больных первоначально диагностируется неврологическое заболевание и более трети из них длительно подвергаются лечению по поводу «остеохондроза» или «радикулита». Частые диагностические ошибки при этом заболевании можно объяснить ранним присоединением к его клинической картине люмбагоизации вследствие реперкуссии болевого синдрома от зоны остеонекроза, а также стимуляцией преморбидной вертеброгенной патологии при слабо выраженных собственно суставных проявлениях. В некоторых случаях не исключается возможность развития остеонекроза на фоне предшествующего вертеброгенного заболевания и вызванных им вегетососудистых нарушений. Однако основной причиной ошибочной диагностики при идиопатическом остеонекрозе остается недостаточная осведомленность широких кругов практических врачей относительно этой тяжелой патологии.

Ключевые слова: головка бедра, остеонекроз.

1 иллюстрация. Библиография: 6 названий.

Идиопатический остеонекроз головки бедренной кости у взрослых — тяжелая патология, приводящая, как правило, к стойкой инвалидности в наиболее трудоспособном возрасте. Она сравнительно недавно выделена в самостоятельную нозологическую форму и поэтому еще мало известна широким кругам практических врачей. Заболевание заключается в субхондральном остеонекрозе головки, обычно в ее наиболее нагружаемом секторе, с последующим развитием тяжелого деформирующего артроза тазобедренного сустава. В происхождении остеонекроза много неясного, что отразилось и на названии болезни. Все большее значение придается факторам системного порядка (некоторые заболевания крови, длительное применение кортикостероидов, злоупотребление алкоголем и др.), так или иначе способствующим формированию неблагоприятного тромботического фона с тромбоэмболией и «инфарктом» бедренной головки. Патогномичным для идиопатического остеонекроза является двусторонность поражения (в наших наблюдениях — у 50% больных), крайне утяжеляющая исход заболевания.

Ранняя диагностика идиопатического остеонекроза трудна. Благодаря длительному сохранению суставного хряща ввиду субхондрального характера процесса функция не нарушается даже на поздних стадиях заболевания, что создает видимость клинического благополучия со стороны пораженного тазобедренного сустава. Что касается болевого синдрома, то он отличается неопределенностью локализации и склонностью к широкой иррадиации, особенно в коленный сустав. Иногда боли возникают внезапно (в трети наблюдений), нередко при переохлаждении, симулируя «простудный» генез заболевания. У большинства больных истинная природа заболевания распознается лишь через годы, и в ортопедический стационар они поступают в стадии запущенного вторичного коксартроза, когда возможности сберегательного оперативного лечения уже крайне ограничены.

Нередко начальные симптомы заболевания трактуются как следствие инфекционного полиартрита, ревматизма, артроза коленного сустава, туберкулезного коксита и т. д. Однако особенно часто, как показывают наши наблюдения, больные с идиопатическим остеонекрозом головки бедра попадают под наблюдение невропатолога и подчас

с удивительной настойчивостью годами лечатся по поводу «пояснично-крестцового радикулита», «ишиаса», «поясничного остеохондроза».

Из 40 наблюдавшихся нами больных с идиопатическим остеонекрозом неврологическое заболевание диагностировалось у 20. 14 больных находились под наблюдением невропатолога более года, в том числе 9—более 3 лет, прежде чем была выявлена серьезная суставная патология. Большинство этих больных получали лечение, иногда неоднократно, в неврологических отделениях районных (7 чел.) и даже областных (6 чел.) больниц, а 7 из них — санаторно-курортное лечение по поводу радикулита или остеохондроза.

Характерно, что многим из этих больных неоднократно производили рентгенографию поясничного отдела позвоночника, коленного сустава, в то время как область тазобедренного сустава оставалась вне внимания врача.

И., 45 лет, в 1966 г. после простуды внезапно почувствовал боли в правом бедре с иррадиацией по всей нижней конечности «до пятки» и в поясницу. Через 4 года подобные боли появились и слева. Был установлен диагноз «хронический пояснично-крестцовый радикулит», по поводу которого больного ежегодно госпитализировали в неврологическое отделение ЦРБ; неоднократно И. ездил на грязевые курорты. Только через 8 лет, когда обнаружилось прогрессирующее ухудшение функции тазобедренных суставов, при очередной рентгенографии был диагностирован запущенный двусторонний коксартроз на почве идиопатического остеонекроза бедренных головок (см. рис.).

Есть основание думать, что столь частая неврологическая псевдодиагностика не случайна, и раннее распознавание идиопатического остеонекроза действительно может быть затруднено наслоением люмбаишиалгического синдрома. Строго говоря, до развития «импакционного перелома» головки остеонекроз не является суставным заболеванием, поскольку все патологические изменения разворачиваются под толщей интактного суставного хряща. В этом коренное отличие остеонекроза от коксартроза, который вследствие первичного поражения хряща с самого начала протекает с выраженными суставными проявлениями.

Очевидно, начальная клиника остеонекроза может в большей мере укладываться в картину не суставного, а неврологического синдрома. Вызванная местной ишемией, венозным стазом и повышением внутрикостного давления патологическая импульсация с интерорецептивной зоной внутрикостного пространства пораженной головки приводит к широкой афферентации по вегетативным путям с достаточно расплывчатой болевой иррадиацией в пределах склеротом как вниз (в коленный сустав, голень), так и (в 20% наблюдений) вверх (в область ягодицы, поясницы), формируя люмбаишиалгический синдром, симулирующий «радикулит». Он может подавить слабые на первых порах локальные суставные проявления и тем самым дезориентировать врача.

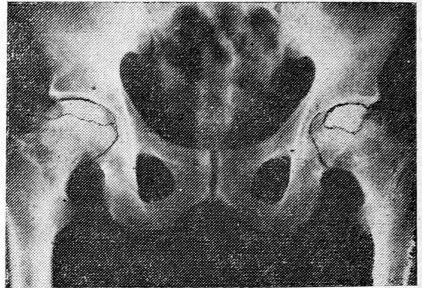
С другой стороны, не исключается возможность, что в некоторых случаях эта интерорецептивная импульсация «запускает» клинику до сих пор бессимптомного остеохондроза [6], например, по аналогии с поражением внутренних органов [3, 5]. У 6 из 20 наших больных действительно были выявлены клинические симптомы поясничного межпозвонкового остеохондроза.

У Д., 52 лет, в 1971 г. появились боли в коленном суставе, через 2 года — в паху и ягодице, еще через год — в пояснице с правой стороны. Первоначально больного лечили по поводу «артроза коленного сустава». Начиная с 1975 г. его трижды госпитализировали в неврологические стационары города с диагнозом «поясничный остеохондроз с вторичным радикулитом». Только через 6 лет после начала заболевания обнаружен тяжелый правосторонний коксартроз на почве идиопатического остеонекроза головки бедра, по поводу чего Д. госпитализирован в КНИИТО. Одновременно определяется выраженный межпозвонковый остеохондроз Л-1—Л-2 с корешковыми проявлениями (неврит бедренного нерва).

Можно предполагать, что иногда подобная зависимость носит обратный характер: первичная вертебральная патология и связанная с ней симпатическая ирритация создают условия (сосудистый спазм, местная гиперкоагуляция) для сосудистой «катастрофы» в области тазобедренного сустава. Показательным в этом отношении может быть следующее наблюдение.

Г., 40 лет, летом 1972 г. почувствовал боли в пояснице с иррадиацией в левую нижнюю конечность. Был диагностирован передний спондилolistез Л-5 второй степени, по поводу которого в 1976 г. больной был госпитализирован в КНИИТО для оперативного лечения. Уже при стационарном обследовании в связи с сопутствующими жалобами на боли в левом тазобедренном суставе произведена рентгенография и выявлен идиопатический остеонекроз головки бедра второй степени.

Без сомнения, серьезная вертебральная патология в данном случае предшествовала развитию остеонекроза и могла послужить толчком к его началу.



Рентгенограмма больного И. Двусторонний остеонекроз головок бедренных костей.

То, что патологическая афферентация носит в значительной мере вегетативный характер, согласуется с фактом вегетативной асимметрии на нижних конечностях как при обычном коксартрозе [1, 2], так и при остеонекрозе головки бедра [4]. Проведенная нами кожная термометрия у этой группы больных показала заметное снижение кожной температуры (на 1—1,5°) на стороне поражения, что свидетельствует о симпатической ирритации, способствующей широкой реперкуссии болевого синдрома. Она может затрагивать и функцию магистральных сосудов конечностей, создавая тенденцию к спазмам, снижению осцилляции, т. е. симптомам, отдаленно напоминающим облитерирующее сосудистое заболевание. Мы наблюдали 2 больных с идиопатическим остео-некрозом, ранее в течение ряда лет безуспешно подвергавшихся лечению по поводу «облитерирующего эндартерита». Причиной ошибочной диагностики было снижение осцилляционного индекса на больной конечности наряду с болями в икроножной мышце при ходьбе.

Конечно, люмбоишиалгический характер болей и наслоение вертебральной клиники теоретически могут сопутствовать любой патологии тазобедренного сустава, в частности коксартрозу. Однако при последнем раннее нарушение суставной функции (вследствие первичного поражения суставного хряща) сводит на нет возможность ошибочного диагноза, в отличие от идиопатического остео-некроза.

Характерно, что при посттравматическом (после вывиха) остео-некрозе бедренной головки, имеющем много общего по своему патогенезу и клинике с идиопатическим, ошибки в первичной диагностике встречаются гораздо реже. Это объясняется и четкими указаниями в анамнезе на тяжелую травму сустава, и более интенсивным вовлечением в процесс суставного хряща с более ранним развитием артроза. Ни в одном из 12 наших наблюдений посттравматического остео-некроза не диагностировался ранее «радикулит» или «остеохондроз».

Таким образом, клиника идиопатического остео-некроза достаточно тесно переплетается с неврологической симптоматикой, и ошибки в диагностике этого заболевания связаны, как правило, с тем, что его принимают за неврологическое страдание. Объективно этому могут способствовать: 1) люмбоишиалгический характер болевого синдрома вследствие реперкуссии по склеротомам от зоны остео-некроза бедренной головки; 2) стимуляция первично возникающим остео-некрозом преморбидной вертебральной патологии; 3) создание первичной вертебральной патологией благоприятного фона для вегетосудистых нарушений, приводящих к остео-некрозу.

Однако главной причиной диагностических ошибок остается недостаточная осведомленность широких кругов практических врачей вообще и невропатологов в особенности относительно этого, крайне тяжелого заболевания. Для раннего распознавания идиопатического остео-некроза головки бедра у взрослых нужна прежде всего определенная диагностическая настороженность врача, он должен иметь в виду возможность подобной патологии. Очень важно, чтобы невропатологи помнили о необходимости клинического обследования тазобедренных суставов; большое значение имеет своевременная рентгенография и консультация опытного ортопеда.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гиммельфарб А. Л., Попелянский Я. Ю. В кн.: Патология крупных суставов. Труды КНИИТО, 1972, т. 15. — 2. Енгалычева Н. А., Тютюник И. Ф. В кн.: Материалы II съезда травматологов-ортопедов республик Прибалтики. Рига, 1972. — 3. Мартынов Ю. С., Гафт П. Г. и соавт. Журн. невропатол. и психиатр., 1974, 2. — 4. Михайлова Н. М. Идиопатический асептический некроз головки бедренной кости у взрослых. Автореф. докт. дис., М., 1971. — 5. Петров Б. Г. В кн.: Вертеброгенная пояснично-крестцовая патология нервной системы. Материалы republ. конф. невропат., Казань, 1971, т. 1. — 6. Попелянский Я. Ю. В кн.: Вертеброгенные заболевания нервной системы. Новокузнецк, 1969.

Поступила 14 марта 1978 г.

УДК 362.655:616.833.58—001—089

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ИНВАЛИДОВ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ СЕДАЛИЩНОГО НЕРВА

Доктор мед. наук Д. Л. Акбердина, Н. С. Якупова

*Казанский НИИ травматологии и ортопедии (директор — заслуж. деят. науки
ТАССР проф. У. Я. Богданович)*

Реферат. Из 170 инвалидов Отечественной войны, находившихся на лечении в Казанском НИИТО за период с 1946 по 1968 г., у 79 применены консервативные методы, 91 больному было проведено комплексное как оперативное, так и консервативное лечение. Среди больных, леченных оперативными методами, 70 были под-